

平成28年1月12日

保護者各位

天童市立長岡小学校
校長 山澤 勉

食物アレルギー調査のお願い

保護者の皆様におかれましては、ますますご健勝にてお過ごしのこととお喜び申し上げます。

さて、学校給食の実施にあたり、お子さんの食物アレルギーの有無について把握するため、調査についてご協力をお願いします。下記に記入していただき、20日(水)担任まで提出していただきますようお願いいたします。

なお、食物アレルギーについて詳しい内容をお聞きする場合は、個別面談等の連絡を差し上げますので、その際にご協力をよろしくお願いします。

記入日 平成 年 月 日

保護者氏名 印

年 組

ふりがな

児童氏名 (男・女) 生年月日 平成 年 月 日

*お子さんは、現在、食物アレルギーがありますか? (該当するほうに○をつけてください。)

「ある」と答えた方のみ、下記の項目にお答えください。

ある		ない	
----	--	----	--

1. お子さんは、現在、食物アレルギー疾患と「医師に診断」されていますか?

(該当するほうに○をつけてください。)

はい		いいえ	
----	--	-----	--

2. 問1で「はい」と答えた方で支障がなければ受診している病院と最近受診した年月日をお書きください。

受診している病院名	
最近受診した年月日	年 月 日

3. 食物アレルギーの原因食品と食べた後に起こる症状を記入してください。

※原因食品すべてを記入してください。除去中の食品は、除去の欄に○を記入してください。

食品名	具体的な症状	除去

4. 現在、ご家庭での除去はどの程度されていますか？(該当する□に、レ点をつけてください。)

- 家庭内では、家族も含め原因食品は一切食べない。(購入しない)
- 原因食品およびその加工品も本人には一切食べさせない。(家族は食べている)
- 料理から原因食品を取り除いて食べさせている。
- あまり厳密な除去を行わず、たまには食べさせている。
- その他 ()

5. 原因食品が皮膚についたり、あるいは吸い込んだりしただけで症状が出たことがありますか？
(該当する□に、レ点をつけてください。)

- いいえ はい → 食品名 ()
症状 ()

6. 原因食品を食べたことで、アナフィラキシーを起こしたことがありますか？
(該当する□に、レ点をつけてください。)

- いいえ はい → 回数 (回) 最終の発症年月日 (年 月)
原因 ()
症状 ()

*アナフィラキシーとは：食物を食べた後、じんましんなどの皮膚症状、ゼーゼー、呼吸困難などの呼吸器症状が複数同時にかつ急激に進行した状態をいいます。

7. 緊急時に備えて処方薬を持っていますか？(該当する□に、レ点をつけてください。)

- いいえ はい → 内服薬(抗ヒスタミン薬・ステロイド薬)
 アドレナリン自己注射薬(エピペン®)
 その他 ()

8. 給食に使用する食材料について、詳細献立表および詳細配合表の配付を希望しますか？
(該当するほうに○をつけてください。)

○詳細献立表

はい		いいえ	
----	--	-----	--

○詳細配合表

はい		いいえ	
----	--	-----	--

9. 食物アレルギーの症状が現れたときに、連絡が必ずとれる連絡先を記入してください。

優先順位	氏名	続柄	電話番号	連絡先	特記事項
1				自宅・職場・携帯	
2				自宅・職場・携帯	
3				自宅・職場・携帯	